PROPOSITIONS

N° 103.

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 mai 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR L.-G. LEBOCEY, d'Ès-Chéris,

Département de la Manche.

Les systèmes en médecine sont comme les volcans et les incendies, qui brillent un moment du plus vif éclat, mais dont on ne reconnaît le passage que par des laves et des ruines. ROSTAN, Cours d'hygiène.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* FOUQUIER, *Suppléant.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Président.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard, *Examinateur.*	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux, *Suppléant.*
Cotterau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON PÈRE.

Regrets éternels !

A LA MEILLEURE

DES MÈRES.

Témoignage public d'amour filial et de reconnaissance.

L.-G. LEBOCEY.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/propositionsdeme0004lgle

AVANT-PROPOS.

Un jeune homme, arrivé au terme de ses études médicales, peut-il avoir assez vu, assez observé une maladie, suivant les âges, les tempéramens, les sexes, les idiosyncrasies, les conditions atmosphériques, etc., pour en faire une bonne monographie ? La tâche me paraît difficile à remplir convenablement, s'il n'est favorisé des circonstances, et aidé de l'expérience et des secours de parenté ou de patronage. Privé de ces lumières d'emprunt, j'allais remettre à neuf quelque sujet mille fois rebattu, quand, dégoûté de ce rabillage scientifique, je me suis décidé pour des propositions, persuadé que leur discussion peut toujours détruire quelques erreurs et faire naître quelques vérités pratiques très-utiles.

PROPOSITIONS

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I.

Si dans la pluralité des cas il est facile de reconnaître une maladie, il est aussi des circonstances qui peuvent en rendre le diagnostic très-difficile ; il est cependant très-rare qu'en procédant avec méthode, en interrogeant avec attention chaque organe et la fonction qu'il est chargé de remplir, le médecin, avec le secours d'une saine logique, n'arrive pas à la connaissance exacte de la maladie.

II.

Il est des maladies très-différentes qui revêtent à un tel point les mêmes formes et les mêmes symptômes, qu'elles peuvent en imposer au plus profond observateur. Le jeune praticien ne saurait donc trop se prémunir contre ces anomalies, dont j'ai consigné à la fin de cette thèse une observation curieuse sous ce rapport. (*Voy.* 3^e^. observ.)

III.

On peut encore parvenir assez facilement à la connaissance des maladies qui ne se décèlent par aucun signe pathognomonique, en procédant par voie d'exclusion, en réunissant tous les phénomènes observés pour en former une somme de probabilités auxquelles l'expérience donne force de certitude : tels, à leur début, le cancer, les tubercules, etc.

IV.

Si, malgré les moyens les plus rationnels, une phlegmasie des bronches, des plèvres ou du parenchyme pulmonaire se prolonge au-delà du terme ordinaire, on doit croire que la maladie passe à l'état chronique, ou qu'il existe des tubercules dans le poumon. Si le malade, dans l'âge de vingt à trente ans, a les formes grêles, la poitrine peu développée ; s'il est né de parens morts phthisiques, s'il tousse, maigrit, a le teint pâle ou jaune-paille, il est probable qu'il est atteint de tubercules, et qu'il mourra phthisique.

V.

Les douleurs lancinantes ne sont pas plus un signe pathognomonique d'une affection cancéreuse que la rougeur de la langue n'en est un d'une affection gastro-intestinale. En effet, les douleurs peuvent précéder la tumeur ; elles peuvent bien ne pas exister, même après l'ulcération du squirrhe ; enfin elles peuvent accompagner d'autres affections.

VI.

Pour apprécier la marche et les progrès ultérieurs de la maladie (cancer des mamelles), il faut avoir égard à la forme qu'elle a revêtue à son début, à son siége et à sa composition. 1°. Elle peut se former dans le tissu cellulaire, qui lui sert comme de kyste au dé-

but, d'où elle envahira la glande et les parties environnantes. 2°. Elle peut envahir d'emblée une partie ou la totalité du sein. Le premier état a reçu le nom de *cancer isolé*, ou de *nouvelle formation;* le second a été appelé *squirrhe par dégénération*, ou *cancer diffus*. 3°. Une substance assez semblable à celle du cerveau, et appelée pour cela *encéphaloïde*, peut entrer dans sa composition. 4°. Enfin, elle peut présenter des traces du tissu dans lequel elle s'est développée, ou bien l'avoir entièrement transformé en un tissu particulier, inconnu dans sa nature intime.

VII.

Pour baser son prognostic, il faut admettre un cancer aigu et un cancer chronique; ils ne diffèrent pas seulement par la marche rapide et l'acuité des souffrances, phénomènes qui caractérisent le premier, mais encore par la forme de la tumeur, qui au lieu de prendre un accroissement progressif dans le cancer chronique, reste stationnaire, ou semble se déprimer pour se perdre dans les chairs; son tissu, d'une dureté excessive, venant à s'ulcérer, ne laisse entre ses bords, qui se racornissent et se renversent le plus souvent en dedans, qu'une étroite fissure d'où suinte un ichor séreux, sanguinolent, moins infect que celui qui s'écoule de l'ulcération du cancer aigu. Après l'ablation, le cancer chronique peut repulluler et prendre alors le type aigu.

VIII.

S'il est nécessaire de distinguer le cancer aigu du cancer chronique, il est également avantageux pour le prognostic de connaître l'état du squirrhe : celui qu'on appelle *cancer diffus*, celui qui est composé de matière encéphaloïde, mélanoïde, sont plus graves et plus disposés à la récidive après l'opération.

IX.

Arrivé à un certain degré de développement, le squirrhe peut res-

ter stationnaire pendant dix, vingt, cinquante ans et plus ; il peut aussi arriver que le cancer ait une marche si rapide, qu'il entraîne la perte du malade dans l'espace de quelques mois.

X.

Développé après la cessation des menstrues, le cancer fait ordinairement des progrès lents : même ulcéré, il pourra bien ne pas abréger sensiblement la vie de la malade ; celui, au contraire, qui se montre à l'âge critique, dit aussi *âge de retour*, ou qui est resté stationnaire jusque-là, prend un accroissement ordinairement très-rapide.

XI.

Dans les engorgemens diffus, ou par désorganisation, la tendance à l'ulcération est moins grande que dans les engorgemens isolés et de nouvelle formation ; mais lorsque ces accidens ont lieu, il y a peu de chances de guérison.

XII.

Les jours qui précèdent l'éruption des menstrues sont marqués par un surcroît d'acuité dans les douleurs. Après cette époque, les douleurs diminuent, et la malade (au début de la maladie), attribuant ses douleurs à son état, se livre à une sécurité perfide.

XIII.

Les douleurs névralgiques, qui accompagnent ou précèdent le squirrhe, sont un signe fâcheux pour la cure radicale de la maladie : presque toujours dans cette circonstance, malgré les soins les plus méthodiquement employés, le mal devient réfractaire à toute espèce de traitement.

XIV.

Le squirrhe (il est spécialement question du cancer des mamelles dans toutes ces propositions) développé dans le tissu cellulaire, dans

lequel il est comme enkysté, sans adhérences, d'un volume médiocre, se trouve dans les conditions les plus avantageuses pour le traitement; il y aura encore d'autant plus de chances de guérison que la maladie sera plus récente, que la personne sera plus jeune, et aura joui, elle et ses parens, d'une meilleure santé.

XV.

Un exutoire me paraît indiqué après l'ablation d'un cancer: 1°. quand la maladie était ancienne; 2°. quand le cancer fournissait une abondante suppuration; 3°. enfin, dans le cas où des douleurs névralgiques, goutteuses ou rhumatismales ont précédé ou suivi le développement de la maladie.

XVI.

Les anodins sont très-dangereux quand la tumeur est le siége d'une vive inflammation, ou que les malades, d'un tempérament sanguin, sont forts et pléthoriques; alors, au lieu de calmer les douleurs, ces médicamens les aggravent et hâtent la fonte des tissus.

XVII.

Le fœtus ne puise point dans le sein de sa mère un virus cancéreux, mais le tempérament, l'aptitude à contracter cette maladie. Dans les premières années de sa vie, ce petit individu, jeté dans le même climat, usant du même régime, partage toutes les conditions de fortune ou d'adversité de ses parens. Que lui manque-t-il?

XVIII.

Le cancer n'est point contagieux, comme le croient les gens du monde. Des expériences nombreuses, répétées tous les jours par les personnes qui, par humanité ou devoir, passent une partie de leur vie auprès des malades atteints de cette affection, me semblent assez concluantes pour regarder la contagion comme une erreur.

XIX.

La mort n'est pas toujours due à la nature de la maladie; les sueurs copieuses, la suppuration abondante, les hémorrhagies fréquentes ne suffisent-elles pas pour mettre un terme aux douleurs, presque toujours atroces, du patient?

XX.

Il est une époque (qui n'est point fixe) où la maladie semble avoir porté ses atteintes sur tout l'organisme : c'est cet état auquel on a donné le nom de *cachexie cancéreuse*, état qui n'est pas toujours en rapport avec les progrès de la maladie. Voici les caractères auxquels on peut le reconnaître : à la teinte jaunâtre, livide de la peau; au marasme progressif avec ou sans fièvre; à la fragilité des os; à la diffluence du sang, qui ne se coagule que peu ou point; aux évacuations collicatives; aux collections séreuses dans le péritoine, les plèvres ou le péricarde; au développement de carcinômes secondaires; aux caractères cancéreux que revêtent les affections locales antécédentes; aux douleurs lancinantes, à la contination de la cachexie après l'ablation.

XXI.

Quand la maladie est très-avancée, il n'est pas prudent d'appliquer des sangsues sur la tumeur : assez souvent chaque morsure devient le foyer d'une ulcération carcinomateuse, rebelle aux moyens les plus méthodiques.

XXII.

Il n'est pas, je pense, de maladies pour lesquelles on ait autant employé de remèdes différens, pour lesquelles on ait autant vanté de panacées infaillibles, qui, par un sort commun, perdaient leurs effets magiques entre les mains d'autrui. *Stork*, de Vienne, emploie et vante l'extrait de ciguë comme un remède infaillible. Heureuse

terre ! si féconde en miracles qui ne s'opèrent point ailleurs, dit *Pouteau*, qui nous promet un spécifique dans l'eau à la glace : c'est, dit cet auteur, *le seul Hercule capable d'abattre les sept têtes du monstre de Lerne.* Le remède n'a pas justifié le nom dont l'a paré son auteur. Les extraits d'aconit napel, de jusquiame, l'hydriodate de potasse ont reçu leur part d'éloges et de critiques ; enfin la compression a eu ses approbateurs et ses détracteurs. Ceux qui vantent et ceux qui blâment me paraissent trop exclusifs : *Medio tutissimus ibis*, dit *Boërrhaave.* Je ne crois à l'infaillibilité d'aucun ; mais je pense qu'en les associant on peut en retirer un très-grand avantage.

XXIII.

Il faut opérer avant que la résorption de la substance ramollie ait eu le temps d'altérer la constitution ; car alors la récidive est la suite presque inévitable de l'opération, et hâte par ses progrès rapides la perte de la malade.

XXIV.

Les révulsifs ne m'ont paru avantageux et sans danger, dans la cure radicale des maladies aiguës, qu'au déclin de celles-ci, et quand elles semblent vouloir passer à l'état chronique. Si on en a retiré de bons effets au début (ce que je suis loin de contester), on s'est souvent aussi repenti de les avoir mis en usage ; car comment agissent ces médicamens, si ce n'est en substituant à une inflammation grave, et dont on a lieu de redouter les suites, une autre inflammation sur un organe moins important, plus à la portée des médicamens qu'on veut lui opposer ? Mais, pour opérer ce changement, cette métastase, est-on sûr de proportionner l'action à la réaction ?

XXV.

Les fractures des os du crâne ne sont pas dangereuses par elles-

mêmes, mais elles le deviennent presque toujours par les accidens consécutifs.

XXVI.

Les accidens les plus redoutables après la fracture de la boîte crânienne sont, la commotion, la compression du cerveau, l'inflammation des méninges. Les complications les plus fâcheuses sont, la contusion d'une grande étendue des parties molles, la dénudation des os, la lésion de l'artère méningée, l'enfoncement d'esquilles dans le cerveau, et les épanchemens à la surface ou dans l'intérieur de ce viscère.

XXVII.

La compression peut survenir au moment de l'accident, ou bien ne se déclarer qu'après quelques jours, quand la famille se livrait à l'espoir de conserver un de ses membres.

XXVIII.

Le diagnostic des fractures du crâne, comme de toute boîte ou canal osseux formés par des os courts et plats, est très-difficile, je dirais impossible à établir *à priori*, quand les tégumens ont échappé à la cause vulnérante.

XXIX.

La fracture du corps et des lames des vertèbres doit faire porter un prognostic fâcheux : au reste, la gravité prochaine sera en raison directe de la hauteur de la blessure. Dans la région cervicale, la fracture ne tardera pas à amener la paralysie des muscles respirateurs et la mort par asphyxie; placée plus bas, elle déterminera la paralysie des membres abdominaux, de la vessie et du rectum, et la mort n'arrive ordinairement qu'après l'inflammation de ces deux derniers organes, de la moelle et de ses membranes.

XXX.

Les parties récemment déchirées ne s'opposent pas toujours à la réunion par première intention.

Ire. OBSERVATION.

Fracture de la quatrième vertèbre cervicale et de la jambe droite.

Le 20 mai, un homme tomba d'un cinquième étage : perte de connaissance au moment de la chute. Transporté à l'hôpital Beaujon, on observa les symptômes suivans : paralysie des membres supérieurs et inférieurs, respiration stertoreuse, fracture de la jambe droite, contusions sur diveres parties du corps ; pouls dur, plein et fréquent. (Large saignée du bras, appareil de fracture, résolutifs.)

Le 21, même état ; de plus, déglutition difficile. (Nouvelles saignées.) Mort à midi, vingt-cinq heures après l'accident.

Autopsie. Cerveau sans trace de lésion ; la quatrième vertèbre cervicale, rompue dans son corps et dans ses lames, comprime fortement la moelle, qui est comme étranglée ; les vaisseaux et les membranes sont rouges et gorgés de sang aux environs de la fracture ; les poumons et le cœur sont remplis d'un sang noir ; rien de remarquable dans l'abdomen.

IIe. OBSERVATION.

Plaie de la nuque compliquée de la fracture de la sixième vertèbre cervicale.

Le Roy, âgée de vingt-sept ans, brossière, d'une constitution grêle, sèche, fit une chute de dix à douze pieds environ, qui lui fit perdre l'usage de ses membres, mais nullement de ses sens. Portée de suite à l'Hôtel-Dieu, le 18 juillet 1829, elle offre à l'occiput, sur la ligne médiane, une plaie de trois pouces de long, au fond de laquelle on sent l'atlas, et d'où sort une certaine quantité de sang. La peau est froide, le pouls faible ; résolution et insensibilité complète des

membres. Une réaction assez forte se manifeste le soir. (Saignée, deux pots de lait émétisé; la plaie est nettoyée; on applique un bandage en fronde.)

Le 19, la malade peut remuer avec difficulté les membres supérieurs. La vessie et le rectum sont paralysés; douleur vive à la base du cou; pouls vif, plein; peau chaude, soif ardente. (Saigné du bras, vingt sangsues aux apophyses mastoïdes, sinapismes aux jambes; petit-lait émétisé; diète; on sonde la malade; pansement à plat recouvert d'un cataplasme.)

Le 20, même état. (Trente sangsues à la base du sacrum; diète; elle est sondée trois fois par jour.)

Le 21, persistance des douleurs du cou; la malade ne peut serrer les doigts. M. *Dupuytren* remarque que la respiration est entièrement abdominale. La peau est insensible depuis les extrémités inférieures jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus de la base du sternum. (Point de sangsues; du reste même traitement.)

Le 22, même état, même traitement.

Le 24, mouvemens du bras plus obscurs, respiration plus difficile, constriction à la base de la poitrine. (Boissons délayantes, un bouillon; diète.) Jusqu'au 1^er^. août point d'amélioration. Sur le sacrum existe une large plaque d'un rouge foncé. (Même traitement.)

Le 6 août, la plaie est guérie; la respiration est gênée, surtout quand la malade s'abandonne au sommeil : il y a une escharre au sacrum. Jusqu'au 20 août il y a des alternatives de symptômes alarmans, et de mieux apparent; l'escharre fait des progrès rapides. Le 20, elle a presque dénudé tout le sacrum. (Application d'un vésicatoire de chaque côté du cou, au niveau de la fracture présumée.)

Le 25, la malade est très-fatiguée par l'insomnie que nécessite la suffocation imminente. Dans les derniers jours d'août le *facies* se décompose, les dents se couvrent d'un enduit fuligineux; les membres s'infiltrent; l'escharre augmente incessamment d'étendue jusqu'au 1^er^. septembre, jour où la malade est morte asphyxiée.

Nécropsie. La sixième vertèbre cervicale, écrasée dans la partie an-

térieure et inférieure de son corps, était séparée en deux moitiés par une fente perpendiculaire; la lame gauche de la vertèbre était brisée ; légère gibbosité par la saillie de l'apophyse épineuse de la vertèbre fracturée. Dans ce point, la moelle, étranglée dans une étendue de quatre lignes, présente un tissu jaunâtre. Dans cet endroit les membranes adhèrent entre elles et à la moelle ; au-dessus et au-dessous la moelle et les membranes sont saines; le cerveau est remarquable par son état de mollesse; le poumon et le cœur sont gorgés de sang noir, demi-fluide; le péritoine contient dans sa cavité plusieurs verres de sérosité; les organes abdominaux n'offrent rien de remarquable.

III^e. OBSERVATION.

Péritonite offrant tous les signes d'une gastro-entérite.

Une femme, tapissière, âgée de vingt-huit ans, d'une faible constitution, jouissant cependant d'une bonne santé, fit, il y a quelques années, une fausse-couche, dont les suites n'eurent rien de fâcheux pour la malade. Le 14 février dernier, elle ressentit un violent frisson, avec courbature générale. Cet état fut bientôt suivi d'une douleur très-vive dans la région épigastrique ; il y eut des nausées et des vomissemens fréquens et opiniâtres. Entrée à l'hôpital de la Charité, dans les salles de M. *Chomel*, le 19 février, sixième jour de sa maladie, elle nous présenta les symptômes suivans : habitude extérieure annonçant une grande faiblesse ; peau très-froide (ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'on parvint à la réchauffer) ; douleurs à l'épigastre, augmentant par la pression; vomissemens fréquens de matières glaireuses, jaunâtres ; enduit jaunâtre sur la langue; déjections de matières claires, jaunâtres, assez semblables à de l'urine. La percussion et l'auscultation n'apprennent rien ; la face n'est point grippée. (La menstruation s'est toujours bien faite.) Le pouls est petit et fréquent (144 pulsations.) (Vingt sangsues sur l'abdomen; demi-lavement de lin ; cataplasme émollient sur le ventre ; eau gommée, deux pots.)

Le 20, fréquentes envies de vomir; vomissemens de matières verdâtres; deux selles; pouls, 136 pulsations; la percussion fait soupçonner une collection de liquide dans l'abdomen, et par conséquent une péritonite, qui n'avait été admise que comme douteuse et secondaire. (Solution de gomme, trois pots; deux demi-lavemens de lin; cataplasme émollient sur le ventre; saignée de ℥ vj à ℥ vij.)

Le 21, la malade, très-faible, est presque agonisante; la percussion, pratiquée sur le côté droit de l'abdomen, ne laisse aucun doute sur l'existence d'une collection de liquide dans la cavité péritonéale. A deux heures de l'après-midi, elle avait cessé d'être.

Nécropsie faite vingt heures après la mort. Rougeur générale des viscères abdominaux recouverts du péritoine, sur tous les points duquel on voit répandue une matière purulente, comme crémeuse. L'estomac et les intestins, examinés avec la plus scrupuleuse attention, n'offrent aucune trace d'inflammation.

Les autres organes n'offrent rien à noter.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia optimè exquisita. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

III.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque salutis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

V.

In acutis morbis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

VI.

A plagâ in caput, stupor, aut delirium, malum. *Ibid.*, *aph.* 14.